



직장 관련 탁아 보호 (WCCC)
WCCC 승인/변경 편지
 WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC AWARD/CHANGE LETTER

지역 사무소	전화번호
케이스 번호	날짜



FOLD

귀하는 _____ 부터 시작해 _____ 에 종료되는 자기부담금이 있는 탁아 보호 지원에 해당됩니다.

2 페이지의 중요한 정보를 읽으세요.

귀하는 다음의 활동에 보호를 받을 수 있습니다: 취업 승인된 워크퍼스트 활동 학교
 기타: _____

귀하의 자기 부담금은 _____ 부터 _____ 까지 15불(\$)입니다. 귀하의 월 부담금은 _____ 부터 _____ 까지의 기간에 _____ 불(\$)이 됩니다 로 바뀝니다.

자기 부담금은 귀하의 자녀 보호 경비 중 귀하의 몫입니다. 귀하의 자기 부담금은 다음과 같이 귀하의 식구 수와 귀하의 월 수입에 근거한 것입니다.

1. 가족의 수는 _____.	
2. 총 근로 수입 (세금 공제 이전)	\$ _____.
3. 자영 사업 수입 (허용된 공제액 이후)	\$ _____.
4. 비근로 수입 (SSI, SSA, 자녀 양육비 등)	\$ _____.
5. 총 수입(1-4를 더한 것)	\$ _____.
6. <u>지불한</u> 자녀 양육비	\$ _____.
7. 간주되는 수입의 계산(5에서 6을 뺀) (간주되는 수입은 해당 자격과 자기 부담금을 결정하는 데 사용됨)	\$ _____.
8. 자기 부담금은 다음과 같이 계산됩니다.	
<u>간주되는 수입</u>	<u>매월 자기 부담금</u>
연방 극빈자 수준(FPL)의 82% 이하	\$15
FPL의 82%에서 137.5%까지	\$50
FPL의 137.5에서 225%까지 (간주되는 수입 - FPL의 137.5% x .44 + \$50)	

다음의 이유 때문에 귀하의 자기 부담금이 변경됩니다 (WAC 388-290-0085 에 의해)

- 귀하의 인가 기간이 지났습니다. 귀하의 가족 수가 바뀌었습니다.
 귀하의 수입이 줄었습니다. 기타 (설명하세요): _____

담당자 이름

담당자 전화/ 팩스 번호

직장 관련 탁아 보호
귀하가 알아야 할 정보

귀하는 귀하의 자기 부담금을 귀하의 아동 보호 제공자에게 직접 지불할 책임이 있습니다. 그렇게 하지 않으면 귀하의 아동 보호 지원금이 종결될 수 있습니다. 귀하의 제공자에게 영수증을 요구하세요. 보사부가 귀하에게 지불의 증거를 보여줄 것을 요청할 수 있습니다.

사전에 귀하의 제공자와 이야기 되어서 귀하가 탁아비를 지불하기로 하지 않았으면 이 양식의 앞면에서 말한 이유들 외에 다른 일로 아이(들)를 맡기지마세요. 만일 귀하가 이 양식의 앞면에서 인가된 활동 외에 다른 것을 원하면, 그리고 보사부가 귀하의 자녀 보호를 위해 지불해 줄것을 원하시면, 먼저 귀하의 아동 보호 담당자에게 연락하세요.

* 만일 귀하에게 특별한 도움을 필요로 하는 아이가 있으면, 보사부는 이 아동을 위해 더 많은 지원을 할 수 있습니다. 더 자세한 정보는 인가를 해주는 담당자에게 연락하세요.

귀하가 WCCC 혜택을 신청하시거나 받게 되시면 귀하에게는 다음의 책임이 있습니다:

- 보사부에 귀하의 자격을 결정하고 탁아 보호의 지불금을 정확하게 인가하기 위해 필요한 정보를 제공하세요;
- WAC 388-290-0125의 요건을 충족하는 제공자를 선택하고 귀하의 탁아에 관해 협의해서 결정하십시오.
- 귀하의 WCCC 부담금을 귀하의 탁아 보호 제공자에게 귀하나 직접 지불하거나 다른 사람이 지불하게 하세요;
- 귀하가 가정 방문/친척 탁아 보호를 선택했을 때, 정확한 출근표를 보관하고 요청되면 보여주세요.
- 방문/친척 탁아 보호를 위해 보사부에서 귀하에게 보내는 지불금 전부를 제공자에게 지불하세요;
- 귀하가 제공자에게 지불하면 가정 방문/친척 제공자가 영수증에 서명하게 하세요. 귀하는 영수증들을 일년 동안 보관해 보사부가 요청하면 검토하게 해야 합니다;
- 제공자에게 어떤 변화가 있으면 WCCC 인가하는 담당자에게 닷새 이내에 통보하세요.

귀하가 귀하의 가정 내/친척 제공자에게 계류중인 고소건이나 유죄 판결 정보를 알게 되면 24시간 내에 귀하의 아동 보호를 인가하는 담당자에게 보고하세요.

다음의 일들에 관한 변경사항은 열흘 내에 WCCC 인가하는 담당자에게 보고하세요.

- 아동 보호를 위해 필요한 시간의 변화 (더 많이 혹은 더 적게);
- TANF 보조금이 시작되거나 중단되는 등 가구 수입;
- 귀하의 집에 식구들이 이사 들어 오거나 나가는 등 가족 수;
- 취업, 학교 또는 승인된 TANF 활동(시작, 중단, 또는 변화);
- 가정 내/친척 탁아 제공자의 주소나 전화번호;
- 귀하의 집 주소 또는 전화번호; 또는
- 귀하가 법적으로 지불해야 할 자녀 양육비.

우리가 귀하의 아동 보호 인가를 변경하면 제공자에게 열흘 내에 통보하세요.

신속히 보고하지 않으면 초과지불이 발생하거나 아니면 귀하가 정상적으로 지불하던 몫보다 더 지불해야 할 수도 있습니다.

공정 심리 권리: 귀하는 공정 심리 신청의 권리가 있습니다. 공정 심리를 요청하시려면, 이 사무소로 연락하거나, 행정 심리 사무소, PO BOX 42489, Olympia, WA 98504-2465로 편지하세요. 귀하는 공정 심리를 이 편지를 받은 날짜에서 90일 내에 요청해야 합니다. 그 심리에서 귀하는 스스로를 대변하거나, 변호사가 대변하거나, 귀하가 선택하는 어떤 다른 사람이 대변하게 할 권리가 있습니다. 귀하는 어떤 법률 서비스 사무소에 연락해 무료 법률 자문이나 변호를 받을 수도 있을 것입니다. 공정 심리의 결과를 기다리면서 혜택을 계속해서 받을 자격이 될 수 있을지도 모릅니다.

귀하의 자녀를 위한 의료 지원

귀하는 귀하의 자녀들을 위해 의료 및 치과 혜택을 받을 수 있음을 알고 계십니까? 대기자 명단도 없고 1-2-3 과 같이 쉽습니다.

1. 귀하가 주 정부를 통해 푸드 스탬프나 현금 보조 같은 지원을 받고 있습니까?
 - 예: 귀하의 케이스를 담당하는 재정 담당자에게 전화해 귀하의 자녀들을 위한 의료 혜택을 요청하세요.
 - 아니오: 무료전화 1-800-204-6429 로 전화하여 아동 의료 지원을 요청하세요.
2. 귀하가 자격이 있으면 알려 줄 수 있는 정보를 담당자에게 말해 주세요. 저들이 이것을 이미 가지고 있을 수도 있고 전화로 말해 줄 수도 있습니다.
3. 우편으로 의료 카드를 받습니다.
기다리지 마세요-귀하의 자녀들을 위한 의료 혜택이 전화 한 통이면 받을 수 있습니다!